

# 問 診 表

年 月 日

ふりがな 氏 名		ご職業
ご住所	〒 TEL (            -            -            )	
生年月日	昭和/平成/令和          年          月          日          (          歳) 性別：男・女	

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

1. 今までにかかったことがある、または現在かかっている病気を教えてください

糖尿病                          心筋梗塞                          胃潰瘍                          癌  
高血圧症                          脳卒中 (脳梗塞)                          前立腺肥大                          狭心症  
脂質異常症                          癌                          気管支喘息                          その他 (                          )

2. 現在、他の病院へ通院していますか？

はい (医療機関名：                          )                           いいえ

3. 現在、服用中のお薬はありますか？

はい (薬品名：                          )                           いいえ

4. ご家族 (血縁のある方) に病気があれば教えてください (どなたが？続柄：                          )

糖尿病                          心筋梗塞                          胃潰瘍                          癌  
高血圧症                          脳卒中 (脳梗塞)                          前立腺肥大                          狭心症  
脂質異常症                          癌                          気管支喘息                          その他 (                          )

5. アレルギーはありますか？ それはどのようなアレルギーですか？

ある                           ない

・薬物 (                          )

・食物 (                          )

・花粉症 (                          )

・その他 (                          )

6. 嗜好品について教えてください

たばこ：  吸う (1日          本 /          喫煙年数          年)                           吸わない

アルコール：  毎日飲む (日本酒          合 /          ビール          本)

                        :  時々飲む           飲まない

7. 女性の方にお伺いします。現在妊娠の可能性はありますか？           ある           ない

8. 明細書の発行を希望されますか？           必要           不必要

9. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？           はい           いいえ

この問診表は当院での診察にのみ使用します。本人の同意なく第三者へは開示いたしません。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算 1 3点、加算 2 1点 (マイナ保険証を利用した場合)

(再診時) 加算 3 2点 加算 4 1点 (マイナ保険証を利用した場合)